

令和3年度 石川県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）

開催要綱

1. 目的

行動障害を有する者のうち、生活環境への著しい不適応行動を頻回に示すいわゆる「強度行動障害」を有する者は、自傷、他害行為など、危険を伴う行動を頻回に示すことなどにより、日常生活に困難が生じているため、現状では事業所での受け入れが消極的であったり、身体拘束や行動制限などの虐待につながる可能性も懸念されるところである。一方、障害特性の理解に基づく適切な支援を行うことにより、強度行動障害が低減し、安定した日常生活を送ることができることが知られている。

このため、強度行動障害を有する者に対し、適切な支援を行う職員の人材育成を目的とする強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)を実施することとする。

2. 主催 石川県

3. 実施機関 社会福祉法人石川県社会福祉協議会 福祉総合研修センター

4. 期日・プログラム

| | | | | |
|-------------|----|--------------|--------------|-------------------------|
| 1 日 目 | 講義 | 令和3年7月12日(月) | | 受講者全員が一斉に受講します。 |
| 2 日 目 | 演習 | A日程 | 令和3年7月13日(火) | 受講者はA・B日程いずれかの研修を受講します。 |
| | | B日程 | 令和3年7月19日(月) | |

※ 修了には講義、演習の全過程の参加が必要です。

※ 内容は、別紙「プログラム(予定)」をご確認ください。

※ 2日目の演習は受講者数調整のため、原則事務局で指定した日程での受講となりますのでご了承ください。いずれの日程でも参加できるよう、日程調整にご協力いただきますようお願いいたします。

5. 開催方法 WEB(ZOOM)を使用したオンライン研修

6. 受講費用 2,000円(印刷費、消耗品費含む)

※受講費用は、事前振込となります。振込方法は、受講者の承認通知とともにご案内いたします。

7. 対象者 以下のいずれかの要件を満たす者

- (1) 障害福祉サービスに従事している者で、知的障害者及び精神障害者の支援を行う者
- (2) 今後支援を行う可能性のある者、従事する予定のある者

8. 定 員 80名

※別紙のファシリテーターの募集の状況によって定員枠が増えることがあります
が、定員を超過した場合には、申し込み状況等により、受講者を選考させていただきます。

9. 参加申込方法

石川県社会福祉協議会ホームページから、下記期日までにお申込みください。
なお、ホームページから申込みできない場合は、本会あてにご連絡ください。

※申込期限 6月17日（水）

- ① 石川県社会福祉協議会ホームページ (URL : <http://www.isk-shakyo.or.jp/>) の上部メニュー **福祉の研修** をクリックします。
- ② 「研修新着情報」から受講希望の研修名をクリックすると、「検索結果」が画面の下方に表示されます。
- ③ 受講希望の研修であることを確認の上、右欄の **申込** をクリックすると、「研修申し込み」が表示されます。
- ④ 必要事項 (※印は必須項目) を入力後、**申込確認画面へ** をクリックし、入力内容を確認の上、**申し込む** をクリックして、申し込み完了です。
- ⑤ 申し込み後、すぐに「受付確認書」がメールで送信されます。
メールが届かない場合は、メールアドレスが正しく入力されていない可能性がありますので、福祉総合研修センターまでご連絡ください。
なお、「受付確認書」は受講を承認するものではありません。後日、「受講選考結果」がメールで送信されます。

10. 「研修申し込み」画面に入力する際の注意事項

- (1) 「**推薦順位**」欄は、受講希望者が同一施設内で複数いる場合に必ず入力ください。
※選考基準の参考とさせていただきます。
- (2) 「**生年月日**」欄は必ず入力ください。修了証書に記載します。
- (3) 「**保有している資格**」欄には、保有している資格を入力ください。
資格がない場合は、「なし」と入力ください。
(記入例：看護師、介護福祉士、保育士、訪問介護員2級以上 等)
- (4) 「**所属先の主たる対象**」欄には、所属施設の主な支援の対象者 (知的、精神、身体) を入力ください。
- (5) 「**受講理由**」欄には、今回の研修を受講する理由や事情を入力ください。
※選考基準の参考とさせていただきます。
- (6) 「**緊急連絡先**」欄には、当日オンライン環境等に不具合が生じた際に、受講者本人と連絡のとれる番号を入力ください。

11. 受講者の承認

定員の範囲で受講者を承認し、結果は6月23日（水）頃に、研修申込時に入力されたメールアドレスに通知します。

※開催要綱と併せて、必ず受講者にお渡しください。

※受講承認の日が過ぎても通知が届かない場合は当センターまでご連絡ください。

12. テキスト テキストの購入はありません。

1 3. 修了証書の交付等

研修を全課程（2日間）修了した者には、修了証書を交付します。

※原則として、30分以上の遅刻、不在、早退等の場合は、欠席とみなします。

ただし、天候や交通機関の遅れ等によりやむをえない事情がある場合は、この限りではありません。

※受講態度が著しく不良である場合（居眠りや受講中の携帯電話の使用等）は、修了証書を交付できない場合があります。

※修了証書には、ご入力いただいた生年月日・受講者氏名が記載されます。ご本人様確認等で必要となりますので、必ずお間違えのないようご注意ください。

1 4. オンライン研修の受講にあたって

・本研修では研修中にグループワークを行います。ご使用されるPC等は、必ずカメラ・マイク付きのものをご準備ください。また、可能な限り、外部の音が入らない静かな環境でのご参加をお願いいたします。受講場所は問いません（自宅可）。

・パソコンやタブレットの使用を推奨します。

（iPhone や Android の場合、一画面の最大表示人数が4人のため。）

・視聴にはイヤホンの使用を推奨いたします。

・受講中、ご自身の画面背景に個人情報などの映り込みがないようご注意ください。

・インターネット利用にかかる通信料は受講者の負担となります。

・受講者を対象に事務局との接続テストを実施しますのでご参加ください。

（1回目：6月24日（木）、2回目：7月6日（火）予定）

詳細は、受講者が決定次第ご連絡します。なお、<http://zoom.us/test>からも端末カメラ、マイクの確認が可能です。

1 5. ファシリテーターの募集について

今回の研修は全課程オンラインで開催するため、オンライン上でのグループワークの指導にご協力いただけるファシリテーターを募集します。詳細は別紙案内のとおりですので、可能な事業者の方はぜひご協力くださいますようお願いいたします。

1 6. 令和3年度石川県強度行動障害支援者養成研修(実践研修)について

実践研修については、9月9日（木）～9月10日（金）に実施予定です。詳細が決定次第、各施設へご案内します。

1 7. 個人情報の取り扱い

本研修へ申込みいただいた際に知り得た個人情報については、本研修の運営に係る目的のみに使用し、他の目的には使用いたしません。

1 8. 申込・問合せ先

石川県社会福祉協議会 福祉総合研修センター 研修課 担当：大谷、西川
〒920-0964 金沢市本多町3-2-15 福祉総合研修センター（県立図書館4階）
TEL076(221)1833 FAX076(221)1834

令和3年度強度行動障害支援者養成研修(基礎研修) プログラム

1日目:7月12日(月) WEB研修

| 時間 | | 研修時間 (分) | 区分 | プログラム | 科目名 | 内容 |
|-----------|---------|-------------|----|--------|-----------|--|
| 8:30 | ~ 9:25 | | | | WEB入室 | |
| 9:30 | ~ 9:40 | 10 | | | オリエンテーション | |
| 9:40 | ~ 9:50 | 10 | 講義 | プログラム0 | 研修のねらい | |
| 9:50 | ~ 10:20 | 30 | 講義 | プログラム1 | 強度行動障害の理解 | <ul style="list-style-type: none"> 支援の基本的考え方 強度行動障害の状態 行動障害が起きる理由 |
| 休憩(10分) | | | | | | |
| 10:30 | ~ 11:30 | 60 | 講義 | プログラム2 | 強度行動障害の理解 | 障害特性の理解 |
| 昼食休憩(50分) | | | | | | |
| 12:20 | ~ 13:50 | 90 | 講義 | プログラム3 | 支援のアイデア | 障害特性に基づいた支援 |
| 休憩(10分) | | | | | | |
| 14:00 | ~ 14:30 | 30 | 講義 | プログラム4 | 実践報告 | 児童期における支援の実際 |
| 14:30 | ~ 15:00 | 30 | 講義 | | 実践報告 | 成人期における支援の実際 |
| 休憩(10分) | | | | | | |
| 15:10 | ~ 15:40 | 30 | 講義 | プログラム5 | 研修の意義 | 家族の気持ち |
| 15:40 | ~ 16:40 | 60 | 講義 | プログラム6 | 研修の意義 | 行動障害と虐待防止 |

2日目:A日程 7月13日(火) / B日程 7月19日(月) WEB研修

| 時間 | | 研修時間 (分) | 区分 | プログラム | 科目名 | 内容 |
|-----------|---------|-------------|----|---------|-----------|----------------|
| 8:30 | ~ 9:15 | | | | WEB入室 | |
| 9:20 | ~ 9:30 | 10 | | | オリエンテーション | |
| 9:30 | ~ 11:30 | 120 | 演習 | プログラム7 | 強度行動障害の理解 | 困っていることの体験 |
| 昼食休憩(50分) | | | | | | |
| 12:20 | ~ 13:20 | 60 | 演習 | プログラム8 | 基本的な情報収集 | 行動を見る視点 |
| 休憩(10分) | | | | | | |
| 13:30 | ~ 15:00 | 90 | 演習 | プログラム9 | 特性の分析 | 特性の把握と適切な対応 |
| 休憩(10分) | | | | | | |
| 15:10 | ~ 16:10 | 60 | 講義 | プログラム10 | チームプレイの基本 | チームプレイの必要性 |
| 休憩(10分) | | | | | | |
| 16:20 | ~ 17:20 | 60 | 演習 | プログラム11 | チームプレイの基本 | 支援手順書に基づく支援の体験 |
| 17:20 | ~ 17:30 | 10 | 講義 | プログラム0 | まとめ | |
| 17:30 | | | | | 閉会 | |

障害福祉サービス事業所等管理者 様

石川県障害保健福祉課

強度行動障害支援者養成研修にかかるファシリテーター募集のお願い

本研修の実施については、有志の障害福祉サービス従事者の方が企画委員となって、研修の企画や準備、運営などを担っているところですが、準備時間や感染リスクなど多くの負担があるなかで、演習を担うスタッフ不足のために受講人数を昨年同様に制限せざるを得ない状況です。

また、今回の研修は、感染防止対策として、全てオンラインで実施することとしたため、オンライン上で演習中にグループに対する指導と助言を行っていただくファシリテーターを確保することが喫緊の課題となります。

つきましては、本研修のファシリテーターを募集したく、職員の推薦にご協力をお願いいたします。ファシリテーターとして研修運営に参加することで、事業所等において強度行動障害にかかる知識の深まりや指導力の向上など人材養成にも繋がります。

ご協力いただける事業所については、基礎研修、実践研修において受講申込み状況を勘案し、受講者承認数を調整いたします。

なお、募集ファシリテーターの要件は下記のとおりです。

(募集ファシリテーターの要件)

- ・基礎研修、実践研修いずれも過去に受講済みであること
- ・強度行動障害のある利用者に対する支援実績があること
- ・他の職員に対する指導的役割を経験したことがあること
- ・今年度の基礎研修、実践研修全日程ファシリテーターとして参加できること

※事前のオンライン会議（基礎研修・実践研修各1回程度）への参加をお願いします。

なお、基礎研修の会議は6月30日（水）10：00～2時間程度を予定しています。

※研修終了後に研修の振り返りのための企画会議を開催しますので、「振り返りシート」の提出と会議への参加もお願いします。

- ・派遣元からの推薦があること

会議、研修、全てオンライン上での参加となりますので、移動に伴う負担や感染リスクの心配はありませんが、Zoomに入室するためのネット環境があることが必要となります。

ファシリテーターの推薦が可能な事業者は、別紙に必要事項を記載のうえ、メール又はFAXで6月17日（木）までにご連絡願います。

強度行動障害支援者養成研修にかかるファシリテーター推薦書

| | |
|---------|--|
| 施設・事業所名 | |
| 連絡先 Tel | |
| 担当者名 | |

被推薦者

| | | | |
|---------------------|----------|----------|--|
| 氏名 | | 役職 | |
| 研修受講年 | (基礎研修) 年 | (実践研修) 年 | |
| 経験年数 | | メールアドレス | |
| 優先承認希望申込者 (優先順位) | 優先順位① | 優先順位② | |
| | 優先順位③ | 優先順位④ | |
| 特記事項 | | | |

被推薦者

| | | | |
|---------------------|----------|----------|--|
| 氏名 | | 役職 | |
| 研修受講年 | (基礎研修) 年 | (実践研修) 年 | |
| 経験年数 | | メールアドレス | |
| 優先承認希望申込者 (優先順位) | 優先順位① | 優先順位② | |
| | 優先順位③ | 優先順位④ | |
| 特記事項 | | | |

※ 「優先承認希望者」がいる場合は、別途研修申込ホームページで申し込んだ方4名まで優先順位の高い順に氏名のみ記載してください。今回は基礎研修の申込者を記載してください。同法人の他事業所職員を優先希望することも可能です。

※ 不足する場合は複写して記載してください。

(回答締切) 6月17日(木)

(回答先)

社会福祉法人石川県社会福祉協議会 福祉総合研修センター あて

FAX : 076-221-1834 メールアドレス : ohtani@isk-shakyo.or.jp